

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
REPUBLIQUE DU MALI

SUPÉRIEUR ET DE LA
Un But- Une Foi

Un Peuple-

RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Université de Bamako



FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNÉE UNIVERSITAIRE : 2009-2010

**N°
TITRE**

Etude des connaissances, attitudes et pratiques des aides familiales

sur les IST/VIH et la contraception

THESE

Présentée et soutenue publiquement le..... /...../2011 Devant

la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par :

M. Seydou DAMA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (**Diplôme d'Etat**)

JURY

Président: Pr Samba DIOP

Membre : Pr Sounkalo DAO

Dr Issa KONATE

Directeur : Pr Seydou DOUMBIA

DEDICACES

De tout mon cœur je dédie ce travail à :

L'éternel Dieu le tout puissant,

Pour sa protection, son secours, et ses multiples bénédictions envers ma personne, je ne vous serai jamais assez reconnaissant, seigneur, m'avoir accordé la grâce de réaliser ce travail.

Veillez m'accorder le privilège de vous connaître encore plus et celui de servir.

Puisse votre lumière éclairer et guide mes pas

A ma Maman adorée Mariam Konaté :

Les mots me manquent pour qualifier la mère que tu as été et continue à représenter pour moi. Te voilà récompensée pour toutes ces années d'abnégations soutenues.

Merci pour tous ces efforts, afin que je devienne aujourd'hui à force de volonté et de courage ce que je suis, cette volonté de réussir, je te le dois. Reçois en ce travail, la reconnaissance de tant d'espoir et de la confiance que tu as placée en moi. Que l'éternel des armées te comble et m'accorde la grâce de te faire bénéficier autant que possible du fruit de ce travail accompli.

Amour infini et longue vie a toi.

A mon Père Amadaga Dama :

Papa tu as fait de moi ce que je suis aujourd'hui, tu nous a inculqué le sens du partage de la solidarité, du travail bien fait et surtout de l'amour du prochain ce travail est le fruit de l'arbre que tu as planté en me donnant la vie. Sois sincèrement récompensé, je te promets d'en faire plus pour que ton nom soit rehaussé, je voudrais que par ce travail, que du moins servirait de modèle à mes autres frères et sœurs, tu sois le papa le plus heureux, celui qui a su préparer la bonne relève.

Amour paternel.

A mes frères et sœurs :

Docteur Mahamadou Dama, Docteur Souma A Kodio, Mariam Dama, Boubacar Dama, Diariatou Dama, Dindy Aichata Dama, Alou Adessé Dama, Fatoumata Dama, Moussa Dama, Assétou Dama.

Une tendre complicité nous a toujours liés. Vous pour qui la famille est au dessus de tous, merci pour votre écoute attentive, votre disponibilité sans faille, et votre soutien désintéressé à mon égard. Ce travail est le votre, trouvez ici l'expression de mes sentiments fraternels.

Tendre affection.

A mes oncles :

Que le seigneur vous récompense pour tout le soutien apporté afin de réaliser ce trophée du savoir.

A mes cousins et cousines :

Cette consécration est fraternellement la votre.

A mes amis(es) : Ibrahim, Kalifa, Vieux, alkaya, Sidiki, Guissé.

Votre sympathie restera à jamais gravée en moi.

Meilleures pensées.

A Dr Kamissoko Sayon :

Merci infiniment pour votre soutien apporté à la réalisation de ce document soyez assuré de ma reconnaissance.

A Dr Kadia Traoré :

Merci pour toutes ces années de prières et d'encouragements ce travail est le votre.

A tout le personnel de l'association de santé communautaire de dravela bolibana (ASACODRAB) et l'Association de santé communautaire de oulofobougou bolibana (ASACOOB):

Merci pour votre soutien sans faille dans la priere.que Dieu vous bénisse.

A mon homonyme Feu Seydou Diakité :

Dieu ayant décidé ainsi, j'aimerais que tu partages même dans les lieux célestes ces moments décisifs de ma vie future, ta disparition brutale fut pour nous un grand désespoir, saches que ta bonté et ton humanisme resteront pour nous les meilleurs des exemples. Que ce travail soit pour toi le témoignage de mon affectueux attachement, que Dieu t'accepte parmi les élus du paradis. Amen.

A mes tantes :

Douga, Dabo, Dadi, Bingui, Assetou, Abi, Nana, Goundo, Konsa, Mama.

Ce travail est le votre.

A ma chère :

Ce bonheur est partagé.

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

HOMMAGES

A notre Maître et Président de Jury

Professeur Samba DIOP

-Maître de conférences en anthropologie médicale.

-Enseignant-chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique publique/sociale à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.

-Responsable de la section sciences humaines, sociales et éthiques du SEREFO-Centre VIH-TB FMPOS et NAID.

-Membre du comité d'éthique de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie et du comité national d'éthique pour la santé et les sciences de la vie.

Honorable Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury, malgré vos multiples préoccupations.

Nous admirons l'étendue de vos connaissances, votre esprit de recherche scientifique et de perfection, votre rigueur et votre clarté au travail font de vous un Maître admirable.

Veillez recevoir honorable Maître, l'expression de notre profonde reconnaissance

A notre Maître et directeur de thèse

Professeur Seydou DOUMBIA

-Maître de conférences en épidémiologie à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie(FMPOS), Université de Bamako.

-Co-Principal Investigateur du Projet de leishmaniose au Mali.

-Directeur Adjoint du MRTC.

Honorable Maître,

Nous nous réjouissons de la confiance que vous nous faites en nous acceptant comme élève.

Vous nous avez inspiré le sujet de cette thèse et apporté toutes les corrections nécessaires à ce travail.

Vous êtes restés toujours disponible et c'est le moment de vous rendre cet hommage mérité.

Durant notre stage effectué auprès de vous, nous avons pu apprécier et admirer le maître que vous êtes et nous ne cessons jamais d'évoquer vos compétences, vos qualités scientifiques et humaines.

Puisse le seigneur vous donner longue vie pleine de santé, pour notre formation mais aussi pour la santé de la population.

A notre Maître et Juge

Professeur Soukalo DAO

- Maître de conférences de maladies infectieuses à la FMPOS,
- Responsable de l'enseignement de maladies infectieuses à la FMPOS,
- Chercheur au programme SEREFO

Honorable Maître,

Nous sommes fiers de vous compter parmi nos juges.

Votre disponibilité, votre simplicité et votre abord facile font de vous un maître exemplaire.

Recevez ici, honorable Maître l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

A notre Maître et membre de jury

Docteur Issa KONATE

-Diplômé de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie.

- Coordinateur de projet à l'ONG d'Appui à la Promotion des Aides Familiales et Enfance (APAFE Muso DANBE)

Cher Maître,

Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, votre simplicité, votre humanisme, votre disponibilité et votre abord facile font que vous êtes admiré de tous.

Trouvez ici cher maître le témoignage de notre profond respect.

Puisse le Seigneur vous combler de grâce.

SOMMAIRE

I-INTRODUCTION	4
II-OBJECTIFS	7
III-GENERALITES	9
IV-METHODOLOGIE	18
V-RESULTATS	28
VI-COMMENTAIRES	44
VII-CONCLUSION	51
VIII-RECOMMANDATIONS	53
IX-REFERENCES	55
X-ANNEXES	58

ACRONYMES

AF : Aide familiale.

AMPIJ : Association malienne pour la promotion et l'insertion socioprofessionnelle des jeunes.

APAFE : Appui à la promotion d'aide familiale et à l'enfance.

ARV: Anti rétroviraux.

CDC: Center of Disease Control.

CSCOM : Centre de santé communautaire.

CSRef : Centre de santé de référence.

DIU : Dispositif intra-utérin.

DSFC : Division santé familiale et communautaire.

EDS : Enquête démographique de santé.

IEC : Information éducation communication.

INPS : Institut nationale de prévoyance sociale.

ISBS: Integrated STI/VIH and Behavioral Surveillance.

MD: Muso Danbe

OMS: Organisation mondiale de la santé.

ONG: Organisation non gouvernementale.

PF : Planning familial.

PS: Professionnel de sexe.

PVVIH : Personne vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine.

SIDA : Syndrome immunodéficientaire acquis.

SMI : Santé maternelle et infantile.

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine.

Définition de quelques concepts

Connaissance : ensemble des représentations, des idées, des informations conçues sur les IST, le VIH, le Sida et la contraception.

Attitude : disposition interne qui sous entend les réponses favorables de l'individu face à la question des IST, le VIH, le Sida et la contraception, manière d'être, de réagir, de penser, face au VIH, le Sida et la contraception.

Pratiques comportementales : habitudes sexuelles comportementales adoptées face aux IST, le VIH/Sida et la contraception.

Comportement à risque : comportement qui expose celui qui l'adopte ou autrui au risque de contracter le VIH, le Sida ou les IST.

Aide Familiale : toute personne dont le travail consiste à aller dans les familles pour faire différents travaux moyennant un salaire mensuel.

Introduction

I. Introduction:

De nos jours, le VIH et le SIDA restent un problème de santé publique malgré les progrès réalisés à l'échelle mondiale pour combattre l'épidémie. En 2008, on estimait à 33,4 millions le nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH et le SIDA dans le monde, et 2,7 millions de nouvelles infections et 2,0 millions de décès. [18]

L'Afrique subsaharienne reste la région la plus touchée avec 22,4 millions de personnes vivant avec le VIH et SIDA, 1,9 millions de nouvelles infections et 1,4 millions de décès dus au SIDA. [18]

Au Mali, le taux de prévalence dans la population générale s'élevait à 1,3% en 2006[5], ce qui fait du Mali, un des pays à prévalence faible. Cette prévalence varie de 1,8% en milieu urbain et 1,2% en zone rurale. A Bamako, la prévalence était de 2,3% contre 1,5% dans les autres villes [5]. Mais les risques de contamination par contacts hétérosexuels y sont potentiellement élevés. La persistance des comportements sexuels à risque constitue une menace évidente et amène à une réévaluation du risque sexuel dans cette population.

Au cours de la décennie écoulée, la surveillance du VIH et la recherche en matière de comportements ont été menées au Mali au sein des groupes considérés comme étant à haut risque, notamment les professionnelles de sexe (35,3%), les routiers (2,5%),[4] les clients des professionnelles de sexe et les personnes au sein de la population générale connues comme étant sexuellement actives, en l'occurrence les femmes enceintes. L'ISBS,[4] a permis d'obtenir des informations utiles sur les comportements qui contribuent à la propagation du VIH des populations urbaines vers les populations rurales, ou sur le poids réel des infections sexuellement transmissibles et le VIH au sein de groupes à hauts risques ou à risques intermédiaires en particulier. Selon l'ISBS 2006 au Mali, la prévalence du VIH chez les aides familiales était de 2,2% mais le pourcentage s'élève à 3,6% lorsqu'on considère uniquement celles qui sont sexuellement actives. En ce qui concerne les IST, près d'un tiers (32,3%) des aides familiales ayant participé à l'étude avaient des symptômes d'IST au cours des 6 derniers mois et seulement 27,5% d'entre elles ont tenté de se soigner. [4]

Les aides familiales constituent un groupe à risque intermédiaire ou groupe <<relais>>. Un nombre important de ces femmes quittent les zones rurales vers les grandes agglomérations pour la recherche de travail dans des foyers moyennant un salaire mensuel et faire face aux mauvaises conditions de vie économiques et sociales. Ce qui leur procure le statut d'aides familiales. Communément appelées <<Bonnes>>. Pendant ces périodes de séjours dans les grandes villes,

ces filles migrantes peuvent être exposées à divers problèmes dont les grossesses non planifiées voire les infections sexuellement transmissibles, le VIH, et le SIDA.

Certaines structures d'encadrement comme l'ONG d'appui à la promotion d'aide familiale et à l'enfance ont vu le jour dans le but de faciliter l'insertion socioprofessionnelle de ces filles migrantes et de mieux les sensibiliser contre les maladies en vue d'un changement de comportement à risque durant leur séjour.

Le but de ce travail est d'évaluer l'impact de la participation à ces programmes sur les connaissances et attitudes des aides familiales par rapport aux VIH, le SIDA et la contraception.

OBJECTIFS

II. Objectifs de recherche:

1. Objectif général:

Etudier les connaissances, attitudes et pratiques des aides familiales sur les infections sexuellement transmissibles, le VIH, le sida et la contraception.

2. Objectifs spécifiques:

- Déterminer les niveaux de connaissance et la perception des aides familiales sur les infections sexuellement transmissibles, le VIH, le SIDA et la contraception.

- Examiner les comportements sexuels à risque pour les infections sexuellement transmissibles, VIH et SIDA des aides familiales.
- Examiner le rôle des centres d'étude et d'orientation des aides familiales dans la prévention des IST, le VIH, le SIDA et la contraception durant leurs séjours dans le district de Bamako.

GENERALITES

III. Généralités:

1. Les IST, le VIH et le SIDA :

- Le sigle IST ou infection sexuellement transmissible est une maladie contagieuse que l'on contracte généralement lors d'un rapport sexuel non protégé avec une personne infectée. Les plus courants sont :

-La gonococcie ou blennorragie (chaude pisse) ;

-La syphilis (Dana) ;

-Le chancre mou (Muso teré) ;

-Le sida. (Sidan)

Ces infections ont pour caractère commun le mode de transmission et qui est de trois ordres :

- Sexuel (hétérosexuel et homosexuel); la transmission hétérosexuelle représente le mode de transmission dominant en Afrique et dans de nombreux pays en voie de développement [9] ;

-D'autres voies de contamination sont possibles, le sang (VIH) ou des contacts non sexuels (par l'utilisation des mêmes matériels : seringues, d'aiguilles ou de lames usagées lors des scarifications des circoncisions et d'excisions incriminées particulièrement en Afrique [11] ou objets intimes).

-Il existe également une transmission dite verticale [10] c'est-à-dire de la femme enceinte à son enfant par le sang.

Il n'y a pas de preuve bien documentée de transmission du VIH par la salive. Il ne se transmet pas par le contact occasionnel ou social. Enfin, il n'existe aucune preuve que le virus soit transmis par les moustiques, les poux, dans les piscines ou l'utilisation, avec un individu infecté, des tasses, des couverts ou des ustensiles de cuisine, des toilettes, l'air ambiant. L'infection par le VIH et le SIDA n'est donc contagieuse. [1]

Certains IST (mycoses, gale) peuvent se contracter en dehors de tout contact sexuel : défaut ou excès d'hygiène des foyers infectieux, les contaminations externes (toilettes, échanges de sous-vêtement).

Une IST contractée par voie non sexuelle demeure tout de même transmissible par voie sexuelle [3].

En absence de traitement, ces infections peuvent être responsables de graves complications telles que les salpingites, les grossesses extra- utérine, les avortements répétés voire la stérilité etc....

Face à ces conséquences, nous devons adopter un certain nombre d'attitudes en cas d'IST à savoir :

- S'abstenir jusqu'à la guérison ou utiliser le préservatif lors des rapports sexuels ;
- se rendre au centre de santé avec son partenaire pour un traitement et le control jusqu'à la guérison ;
- Faire le test de dépistage.

Il existe une relation entre les IST et le SIDA. C'est ainsi que les IST constituent des portes ouvertes au VIH.

La fréquence des IST augmente le risque d'attraper le VIH.

- La définition du Sida est plus un outil épidémiologique qu'une référence clinique. [14]

L'infection par le VIH est une infection rétrovirale chronique persistante acquise par voie sexuelle, sanguine ou par transmission de la mère à l'enfant (grossesse, accouchement et allaitement) qui induit, de façon progressive et après un nombre variable d'années d'évolution, un profond déficit de l'immunité responsable de complications infectieuses et tumorales majeures qui constituent le Sida. [2]

Histoire de la maladie. [16]

L'histoire du Sida est jalonnée de multiples annonces fracassantes ou terrifiantes, de controverse scientifique, de débats passionnés. Nous notons ici quelques dates importantes.

1981: le <<Center for disease Control>> (C.D.C), organisme siégeant à Atlanta, publie dans << Morbidity and Mortality Weekly Report >> un article mettant l'accent sur l'apparition de pneumocystose et de Kaposi chez les jeunes homosexuels. La conjonction de ces deux maladies habituellement rarissimes, sauf sur certains terrains, inquiète et une enquête est ouverte. Une nouvelle maladie est soupçonnée, elle s'appelle Sida (syndrome immunodéficientaire acquis). Le nombre élevé de partenaires sexuels et certaines habitudes sexuelles se révèlent plus fréquentes chez les malades atteints.

A posteriori, le plus ancien malade européen avec des symptômes cliniques du Sida est un marin anglais mort en 1959.

Les premiers cas vrais semblables ont été vus en 1977

1982 : la définition des groupes à risque est donnée ; la transmission par voie sexuelle et sanguine démontrée. La définition et les critères diagnostiques de la maladie sont publiés par le C.D.C.

1983 : la croissance de la maladie aux U.S.A est exponentielle (double tous les six mois). Le problème du Sida Africain apparaît avec les premiers cas décrits en Belgique chez des malades venant du Zaïre.

L'existence d'un déficit associé de l'immunité humorale est démontrée.

Le premier cas Français est diagnostiqué, après une transfusion pratiquée à Haïti.

L'équipe de Luc Montagnier isole le virus du Sida, baptisé L.A.V (lymphadenopathy Associated Virus). Il sera désigné par la suite Sida.

1984 : l'activité antirétrovirale de l'AZT est mise en évidence.

Actuellement le Sida réalise une pandémie à l'échelle planétaire en progression constante.

Epidémiologie :

Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) a tué plus de 25 millions de personnes [17] depuis qu'il a été identifié en 1981, ce qui en fait l'une des épidémies les plus dévastatrices de l'histoire. Malgré un accès récemment amélioré aux traitements antirétroviraux et à la prise en charge dans de nombreuses régions du monde, l'épidémie de SIDA a fait 2,0 millions [1,7–2,4 millions] de décès en 2008.

Le nombre total de personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a atteint son plus haut niveau : on estimait qu'en 2008, 33,4 millions [31,1–35,8 millions] de personnes vivaient avec le VIH. Près de 2,7 millions de personnes ont contracté une infection par le virus.

La situation de l'Afrique devient de plus en plus catastrophique. Les taux élevés d'infection au VIH persistent dans de nombreux pays. L'Afrique subsaharienne comptait 1,4 millions [1,1-1,7millions] de décès.[18]

Au Mali la séroprévalence s'élevait à 1,3%, dont 1,8% en milieu urbain contre 1,2 en milieu rural. [5] Les groupes à risque demeurent à un niveau élevé de risque d'infection par les IST/VIH. Les prévalences étaient les suivantes :

35,3% pour les professionnels de sexe, 5,9% pour les vendeuses ambulantes, 2,5% pour les routiers, 2,2% pour les coxeurs et les aides familiales.[5]

Il n'existe pas de traitement lié au VIH, la prévention reste cependant le seul moyen d'éviter cette infection. En revanche, il existe des molécules permettant de ralentir son évolution.

2. Planning familial :

Les risques d'une grossesse chez l'adolescente jeune sont connus ; il s'agit :

La prématurité, mortinatalité, insuffisance pondérale. Il faut aussi mentionner les risques de l'avortement. Compte tenu de la diversité de ces problèmes, différentes approches furent envisagées au Mali : une d'entre elles fut l'adoption d'une politique nationale de planning familial défini par l'OMS comme : << l'ensemble des techniques médico-sociales mises à la disposition du couple pour avoir des enfants voulus au moment voulu, ensemble permettant un plein épanouissement sexuel et un développement économique rationnel et devant aussi lutter contre la stérilité du couple et les MST /SIDA>>. [12]

Au Mali un peu plus de deux femmes en union sur dix (23%) ont déclaré avoir utilisé une méthode contraceptive au cours de leur vie. [5]

Il existe trois grandes méthodes :

❖ Les méthodes traditionnelles :

Plusieurs procédés sont utilisés en Afrique pour empêcher la venue d'un enfant :

- Les infusions et les décoctions de plantes sont souvent utilisées (jus de tamarins, graines de raisin etc...) ;
- L'utilisation de cordelettes à la ceinture des filles est de coutume chez certains peuples ;
- D'autres se limitent à des simples formules magiques incantatoires ;

-l'abstinence totale (séparation du couple).

Il y a également des méthodes ressemblant à des barrières mécaniques ou chimiques (toile d'araignée, miel.....).L'efficacité de ces méthodes est douteuse et les effets secondaires incertains.

C'est pourquoi nous déconseillons ces pratiques aux profits des méthodes modernes.

❖ **Méthodes naturelles :**

- La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (mama) ;
- Les autres méthodes qui sont basées sur l'autre observation permettant de déterminer la période de fertilité et de s'abstenir des rapports sexuels pendant cette période.

Il s'agit des méthodes suivantes.

- Calendrier ;
- Glair cervical ;
- symptothermique. [12]

Les méthodes de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée sont efficaces si elle sont prolongées exclusives, pendant les premiers six mois du post-partum et s'il n'y a pas retour de couches.

Les modes d'action de mama est le blocage de l'exaltation.

***Les avantages de la mama**

- Efficace jusqu'à six (06) mois
- disponible à tout moment
- renforce le lien mère/enfants
- nutritif et protège le nourrisson par la présence de certains anticorps
- La gratuité
- Sans effet secondaire.

*Les limites de la mama

La mama n'est plus efficace si :

L'enfant a plus de six (06) mois

- l'allaitement n'est pas exclusif
- la mère voit ses règles.

❖ **Les méthodes modernes disponibles au Mali:**

- Méthodes de courte durée:

.La pilule (combinée et progressive)

.Les injections

.Les spermicides

.Le condom

- Les méthodes de longue durée:

.Le dispositif intra- utérin (DIU)

.Le norplant

- Les méthodes permanents:

.La ligature des trompes.

.La vasectomie (technique illégale dans de nombreux pays) est un moyen chirurgical de mettre fin à la fertilité de façon permanente chez l'homme. [15]

METHODOLOGIE

IV. Démarche Méthodologique :

Nous avons effectué une enquête auprès des aides familiales sexuellement actives dans une ONG dénommée appui à la promotion des aides familiales et à l'enfance (l'APAFE.MD) et dans les ménages des communes I, IV, V du district de Bamako tirées au hasard.

1. Cadre d'étude :

1.1 District de Bamako

Le district de Bamako, la capitale du Mali est située à califourchon sur le fleuve Niger en pleine zone soudanienne. Elle couvre une superficie de 24000 ha avec une population d'environ 1500000 habitants avec une croissance de l'ordre de 4% par an sur 25 ans et une densité moyenne de 56 habitants/kilomètre carré [9].

Principal pôle économique, elle produit plus de la moitié du PIB [10].

Administrativement, Bamako est composée de six (6) communes dont les quatre premières sont situées sur la rive gauche (les communes I, II, III et IV). Les deux autres se situent sur la rive droite (les communes V et VI) [9] avec un accès difficile au centre ville. Le premier responsable du district est le gouverneur du district et les autorités municipales sont représentées par une mairie centrale dont le premier responsable est le maire central :

La couverture sanitaire de Bamako est assurée par :

4 hôpitaux nationaux ;

9 centres de santé de référence;

25 centres de santé communautaire ;

3 centres de santé des armées;

6 centres INPS;

2 mutuelles;

38 cliniques privées. [2]

L'étude s'est également déroulée à l'APAFE MD qui est une ONG d'appui à la promotion des aides familiales et à l'enfance sise à torokorobougou en commune V du district de Bamako.

1.2 APAFE MUSO DANBE:

- Historique de l'APAFE MD:

Organisation non gouvernementale à but non lucratif APAFE Muso DANBE est créée en 1991 comme volet féminin de l'Association Malienne pour la Promotion et l'Insertion Socio professionnelle des Jeunes (AMPIJ);Elle s'est ensuite s'érigée en association indépendante appelée Appui à la Promotion des Aides Familiales et à l'Enfance (APAFE Muso DANBE) en 1996 suivant le récépissé n° 0963 MATS-DNAT du 16 décembre 1996 puis en ONG par l'accord cadre n°0857 du 24 mars 1997.[3]

- **Caractéristique de l'ONG :**

L'ONG est administrée par un bureau exécutif de sept (07) membres (toutes des femmes).

Elle se présente comme une ONG à caractère essentiellement social. Elle a comme groupe cible principal les filles migrantes communément appelées <<Bonnes>> et aides familiales dans le vocable d' APAFE Muso DANBE.

- **Domaines d'intervention :**

- L'insertion socioprofessionnelle
- La formation professionnelle
- La santé
- L'IEC
- L'alphabétisation
- Le plaidoyer [3].

En plus du district de Bamako, APAFE MD intervient dans les régions de Ségou, et Mopti.

- **Support pédagogique des animateurs :**

C'est dans le souci de réussir leur mission que les animateurs de l'APAFE Muso DANBE ont élaboré un document dans le cadre de la réalisation de leurs activités d'information, de sensibilisation, d'éducation et de communication pour un changement de comportement à l'endroit des filles migrantes[3] sur un certain nombre de questions qui sont l'objet de cette étude de recherche: l' IST, le VIH, le SIDA et le planning familiale c'est-à-dire la contraception.

❖ Présentation du centre :

PHOTO



Notre recherche s'est déroulée dans 4 centres d'étude et d'orientation de l'APAFE qui sont des établissements publics ou privés alloués ; dans lesquels les animateurs donnent chaque soir des cours d'alphabétisations à des filles migrantes préalablement inscrites dans leur programme. Cette recherche s'est portée non seulement sur des aides familiales inscrites à l'APAFE MD mais aussi sur les filles migrantes non inscrites dans le programme de l'APAFE MD, en occurrence l'enquête de ménage réalisée en commune I, IV et V du district de Bamako tirées au hasard.

Les centres de l' APAFE MD étaient repartis comme suit:

- Deux(2) centres en commune V dont un(1) à torokorobougou et un(1) à badalabougou ;
- Un(1) centre à hamdallaye situé en commune IV;

- Un(1) centre à korofina plus précisément en commune I du district de Bamako.

Le choix de l'APAFE MD n'est pas fortuit car, depuis 1991, cette ONG œuvre pour la promotion de la femme et de l'enfant, le plaidoyer et l'insertion socio professionnelle des aides familiales.

2. Type d'étude et période d'étude:

Il s'agit d'une étude transversale qui s'est effectuée en deux phases.

Une première phase à l'APAFE MD et une deuxième phase dans les ménages des communes I, IV et V du district de Bamako tirées au hasard. Elle s'est déroulée pendant la période d'avril à juin 2010, et a consisté à des interviews individuelles des aides familiales.

3. Population d'étude :

L'étude a concerné deux cents aides familiales ayant effectué au moins un exode rural dans la ville de Bamako, réparties en deux cohortes de cent sujets chacune. Ces aides familiales viennent des différentes localités du Mali et, à leurs arrivés à Bamako, certaines sont orientées et inscrites aux programmes de l'APAFE MD où elles obtiennent non seulement un employeur mais bénéficient aussi des cours d'alphabétisation durant toute la période de leur séjour dans les centres d'étude de l'APAFE MD. Celles-ci constituaient notre première cohorte. La deuxième cohorte était constituée de filles migrantes qui partent travailler directement dans les foyers sans bénéficier au préalable d'une quelconque formation et d'orientation.

❖ Echantillonnage :

L'échantillonnage a été fait en deux étapes.

- A l'APAFE

La première étape s'est déroulée dans les centres d'étude et d'orientation de l'APAFE MD. Nous avons tiré au hasard trois communes parmi les communes I, IV, V, VI du district de Bamako où sont situés les centres d'étude et d'orientation de l'APAFE MD (les communes I, IV et V du district de BAMAKO).

Nous avons interrogé les aides familiales qui ont accepté l'interview par ordre d'arrivée durant les heures de séances de formation (de 19h30 à 22h30).

La deuxième étape s'est déroulée au sein des trois communes tirées au hasard plus particulièrement la commune I, IV et V du district de Bamako. Nous avons tiré au hasard quatre quartiers au sein de chacune des trois communes.

Dans chaque quartier tiré au sort, nous avons choisi un repère géographique (Mairie, Mosquée) où nous jetions en l'air un stylo pour indiquer la direction à suivre après le choix de la première, nous comptions en allant vers la droite une concession sur trente au sein desquelles nous avons interrogé toutes les aides familiales présentes dans les ménages qui ont accepté l'interview et qui remplissaient nos critères d'étude.

En outre, en sortant de chaque concession, nous allions toujours vers la droite pour regagner les foyers suivants.

4. Critères d'études :

4-1. Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans l'étude toute aide familiale âgée de quinze ans ou plus issue de l'exode rural et ayant effectué au moins un aller et retour sur Bamako.

4-2. Critères de non inclusion :

N'ont pas été retenues dans cette étude :

- Toutes les aides familiales âgées de moins de quinze ans ;celles non issues d'exode rural ;
- Toute aide familiale ne résidant pas à Bamako pendant la période d'étude.

4-3. Critères de retrait ou d'exclusion de l'étude :_

Toute aide familiale, après avoir donné son consentement éclairé, peut décider de se retirer de l'étude à n'importe quel moment du processus.

5. Déroulement de l'étude:

Nous avons abordé les aides familiales de l'APAFE MD pendant leurs séances de cours d'alphabétisation au sein des centres d'étude et d'orientation après avoir discuté de la faisabilité de l'étude avec le coordinateur des projets de l'ONG d'appui à la promotion des aides familiales

et à enfance. Les aides familiales étaient préalablement informées de cette étude de recherche par les animateurs qui les encadrent chaque soir. Ce qui expliquait leur entière disponibilité durant toute la période d'étude. Au total nous avons interrogé cent aides familiales, de façon aléatoire de quatre établissements de l'APAFE MD.

Afin de réaliser l'enquête de ménage, nous nous sommes rendu chez les différents chefs de quartiers concernés par l'étude pour leur expliquer les objectifs, le but et le devenir de cette recherche de thèse à caractère anonyme.

En plus d'accepter la réalisation de cette étude dans les différents quartiers, les chefs de quartiers ont décidé d'informer les chefs de ménages durant les heures de prière dans les mosquées de notre passage dans les foyers comme cela se passait habituellement pendant les séances de vaccination de masse (de porte en porte). Ce qui expliquait une fois de plus la collaboration de certains ménages quant à la disponibilité de leurs <<Bonnes>> pendant le laps de temps d'interview. Au total douze quartiers ont été visités dont six ménages par quartier.

6. Support des données :

La collecte des données a été réalisée à partir d'un questionnaire sur << les connaissances, attitudes et pratiques sur les IST, le VIH, et la contraception >>. Les variables mesurées en sont :

- Caractéristiques sociodémographiques des enquêtées (voire annexe) ;
- Audience de l'APAFE Muso Danbe et exposition des activités du programme. (voire annexe) ;
- Connaissances des IST, VIH et sida (voire annexe) ;
- Comportements sexuels et utilisation de préservatif (voire annexe) ;
- Dépistage du VIH (voire annexe) ;
- Connaissances et utilisation des méthodes contraceptives (voire annexe).

7. Considérations éthiques et déontologiques

En termes d'éthique, nous avons exigé un consentement verbal des aides familiales qui ont accepté de participer à l'étude.

Nous avons rapproché la première cohorte durant leurs séances de formation dans les centres d'étude et d'orientation et la deuxième cohorte pendant leurs travaux domestiques dans les ménages en leur expliquant le but de cette recherche, les objectifs, la méthodologie adoptée et le devenir des résultats de l'étude. Ainsi, nous avons expliqué aux participants que ce travail est une étude de recherche dans le cadre de l'obtention d'un doctorat en médecine.

Vu son caractère anonyme, on note qu'il n'y a aucun risque encouru par les participants.

8. Traitement et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées par Epi-info version6. Le test du CHI carre a été utilisé pour comparer les proportions (aides familiales de l'APAFE MD et aides familiales des ménages)

Résultats

V RESULTATS:

1. CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON:

Tableau I: Répartition des aides familiales en fonction des tranches d'âge et du statut matrimonial.

		AF APAFE	AF MENAGE
	N1=100	N2=100	
Tranches d'âge	15-19 ans	34%	23%
	20 ans et plus	66%	77%
Etat matrimonial	Célibataire	60%	46%
	Monogame	22%	33%
	Polygame	18%	20%
	Veuve	0%	1%

Les aides familiales de l'APAFA MD était plus relativement plus jeune ($\chi^2=8,96$; $p=0,00275$). Toutes les aides familiales enquêtées à l'APAFA MD et celles recrutées dans les ménages étaient non scolarisées.

Tableau II: Répartition des aides familiales selon le nombre d'enfants dont elles disposent.

Nombre d'enfants	AF AFAFE (N1=100)	AF MENAGE (N2=100)
0 enfant	86%	72%
1 enfant	9%	18%
>2 enfants	5%	10%

Quatre vingt six pour-cent (86%) des aides familiales issues de l'APAFE MD étaient nullipare contre 72% des aides familiales non exposées par le programme APAFE MD.

Tableau III: Répartition des aides ménagères en fonction du nombre de séjour à Bamako.

Aides ménagères	AF APAFE N1=100	AF MENAGE N2=100
2 fois	91%	74%
>3 fois	9%	26%

Quatre vingt onze pour-cent (91%) des aides issues de l'APAFE MD ont fait un aller et retour sur BAMAKO et 74% des aides non exposées par le programme APAFE MD sont aussi à leur deuxième migration sur BAMAKO.

Tableau IV: Répartition des aides familiales en fonction de la durée de la dernière visite à Bamako.

Aides ménagères	AF APAFE N1=100	AF MENAGE N2=100
-----------------	-----------------	------------------

6-11 mois	82%	74%
12-18 mois	16%	21%
18 mois et plus	2%	5%

Tableau V: Répartition des aides familiales en fonction du lieu de séjour à Bamako.

Aides ménagères	AF APAFE N1=100	AF MENAGE N2=100
Torokorobougou	24%	13%
Quartier mali	8%	18%
Badalabougou	28%	7%
Hamdallaye	19%	30%
Lafiabougou	6%	16%
Korofina	15%	16%

La plupart de nos aides familiales résident en commune V du district de BAMAKO.

2. AUDIENCE DE L'APAFE MUSO DANBE ET EXPOSITION DES ACTIVITES DU PROGRAMME:

Tableau VI: Répartition des aides familiales selon la durée de formation à L'APAFE MUSO DANBE.

Aides familiales	AF APAFE N1=100	pourcentage
1-3 mois	12%	12%
4-6 mois	88%	88%

Quatre vingt huit pour-cent (88%) des aides issues de l'APAPE MD ont suivi plus de trois mois de cours d'alphabétisation.

Tableau VII: Répartition des aides familiales selon les sources d'information.

Sources d'information	AF APAPE N1=100
Personnel de l'APAPE	99%
Radio	23%
Ami (e)	65%
Animateurs	98%
Autres	8%

NB : autres sources ; la télévision, les ménages.

Les aides familiales sont pour la plupart informées par les personnels de l'APAPE MD.

Tableau VIII: Répartition des aides familiales selon la connaissance des activités /services du programme de l'APAPE MD.

Activités/service du programme	AF APAPE N1=100
Causeries-débats/conférence	84%
Visites à domicile	78%
Conseil	100%
Soins/consultation	78%
Autre à préciser	84%

Tableau IX: Répartition des aides familiales selon les activités menées par les animateurs de l'APAPE MD.

Activités menées	AF APAPE N1=100
Causerie-débat	84%
Scolarisation	100%

Les séances de scolarisation étaient les plus évoquées par les aides familiales et elles ont affirmé assister au moins à une trentaine de séances d'éducation non formelle au cours des trois derniers mois.

Tableau X: Répartition des aides familiales selon les activités de sensibilisation retenues.

Activités de sensibilisation	AF APAPE N1=100
Modes de transmission des IST/VIH	94%
Moyen de prévention des IST/VIH	98%
Les méthodes contraceptives	93%
Conséquence des grossesses non désirées	91%
Le port de préservatifs lors des rapports	3%
L'abstinence avant le mariage	41%
Fidélité	65%
Conséquence du multi partenariat	65%

Le port de préservatif lors des rapports n'a presque pas été retenu (3%).

Tableau XI: Répartition selon l'appréciation des thèmes de sensibilisation abordés.

Appréciation des thèmes abordés	AF APAFE N1=100
Intéressants	99%
Instructifs	99%

Toutes les aides familiales ont trouvé intéressants et instructifs les thèmes de sensibilisation abordés.

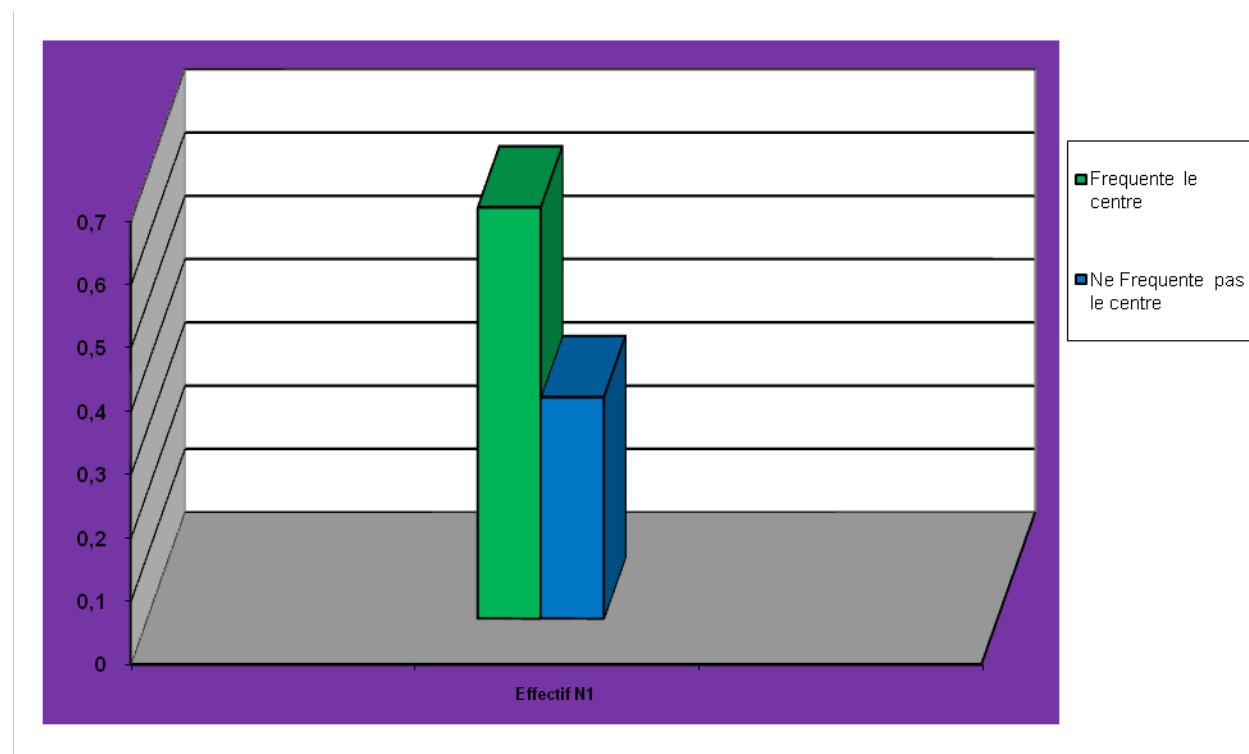


Figure 1: Répartition des aides familiales selon la fréquentation du centre de l'APAPE.

Plus de la moitié des aides familiales de l'APAPE fréquente le centre soit 65%.

Tableau XII: Répartition des aides familiales selon la raison de la fréquentation du centre de l'APAFAE.

Raisons de fréquentation	AF APAFAE N1=100
Assistance	22%
Demander conseil	65%

Le conseil est la première raison de fréquentation du centre APAFAE.

3. CONNAISSANCE DES IST ET VIH/SIDA :

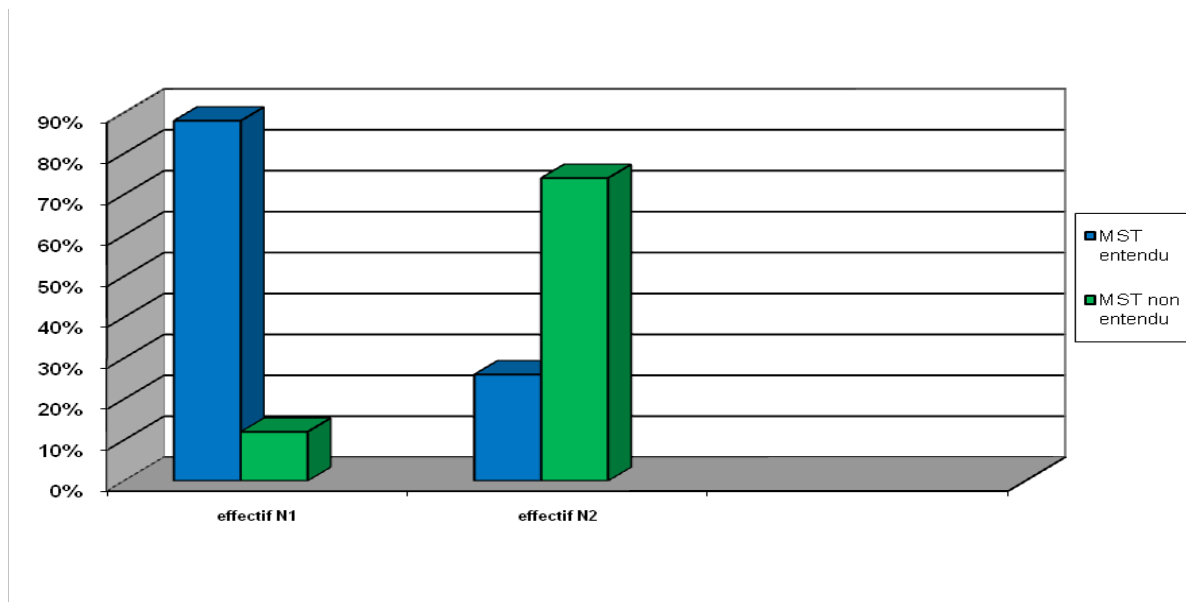


Figure II: Répartition des aides familiales selon leur connaissance des infections ou MST (ayant entendu parler)

Les aides familiales exposées par le programme APAFAE ont plus entendu parler des IST (88%) que celles non exposées par le programme APAFAE (26%).

Tableau XIII: Répartition des aides familiales selon les infections/maladies citées

Infection/maladies	AF APAFE N1=100	AF MENAGE N2=100
Gonococcie	87%	25%
Syphilis	77%	23%
Chancre mou	66%	12%

Les plus citées sont respectivement la gonococcie, la syphilis et le chancre mou.

Tableau XIV: Répartition des aides familiales selon leur capacité à reconnaître une IST (autre que le sida) chez une femme

Signes d'IST	AF APAFE N1=100	AF MENAGE N2=100
Démangeaisons	78%	23%
Douleur abdominale basse	34%	32%
Écoulement urétrale/vaginale/ pu/Boutons/plaies sur le sexe	88%	51%

Les démangeaisons sont les plus connues ensuite viennent les écoulements vaginaux et les douleurs abdominales basses.

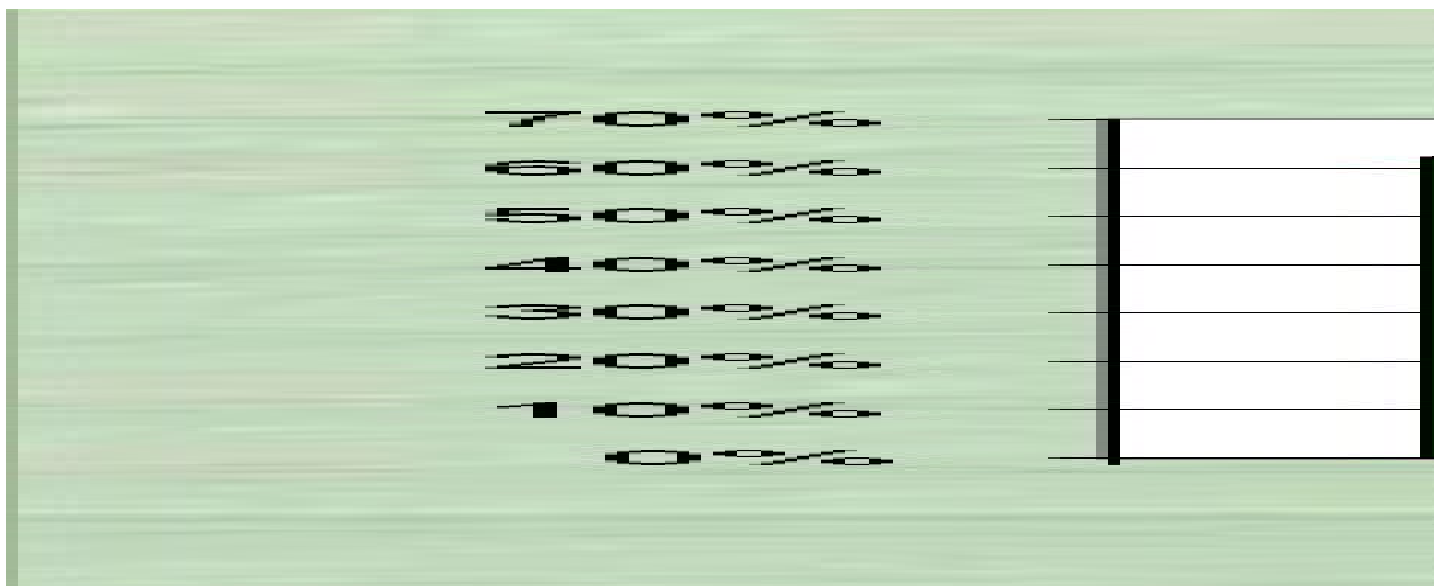


Figure 3: Répartition des aides familiales selon les signes d'IST au cours des 12 derniers mois. Plus de la moitié des aides familiales enquêtées ont eu des signes d'IST (62%) des aides de l'APAFE et 64%) des aides familiales enquêtées dans les ménages.

Tableau XV: Répartition des aides familiales selon les sources d'informations, ayant entendu parler du SIDA

Les sources d'informations	AF APAFE N1=100	AF MENAGE N2=100
Radio	23%	28%
Télévision	23%	79%
Agent socio sanitaire	6%	3%
Animateurs	98%	0%
Affiches publicitaires	12%	2%

Tableau XVI: Répartition des aides familiales selon les voies de contamination du VIH et SIDA.

Voies de contaminations	AF APAFE N1=100	AF MENAGE N2=100
Voie sexuelle	98%	78%
Voie sanguine	97%	32%

De la mère a l'enfant pendant la grossesse	77%	29%
Piqûres de moustiques	15%	49%
En s'embrassant	9%	29%
En mangeant dans la même tasse qu'une PVVIH	0%	1%
En partageant la même toilette	2%	5%

Un nombre important des aides pensent que le VIH et le SIDA se transmet par piqûres de moustiques soit 49% pour les aides non encadrées par APAFE et 15% pour celles issues de L'APAFE.

Tableau XVII: Répartition des aides familiales selon leurs réactions face à la séropositivité de leur petit (e) ami (e)

Principales Réactions	AF APAFE N1=100	AF MENAGE N2=100
Aller faire mon test	88%	65%
Le (la) quitter	29%	58%
L'assister	26%	12%

Plus de la moitié (58%) des aides non exposées par APAFE sont prêtes à quitter leur petit ami une fois déclaré séropositif contre 29% pour les aides issues de L'APAFE.

4. COMPORTEMENTS SEXUELS ET UTILISATION DE PRESERVATIFS

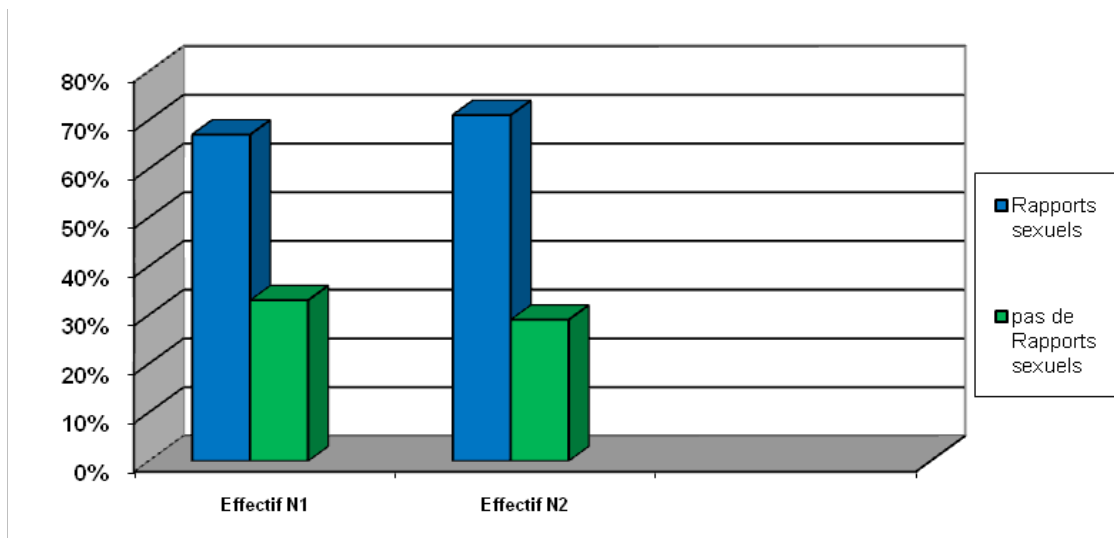


Figure 4: Répartition des aides familiales selon leurs rapports sexuels.

Plus de la moitié des aides familiales ont eu des rapports sexuels.

Tableau XVIII: Répartition des aides familiales selon l'âge du premier rapport

L'âge du premier rapport	AF APAFE N1=100	AF MENAGE N2=100
12-15 ans	3%	6%
16ans et plus	64%	65%

Plus de la moitié des aides ont eu leur premier rapport sexuel à un âge supérieur ou égal à seize.

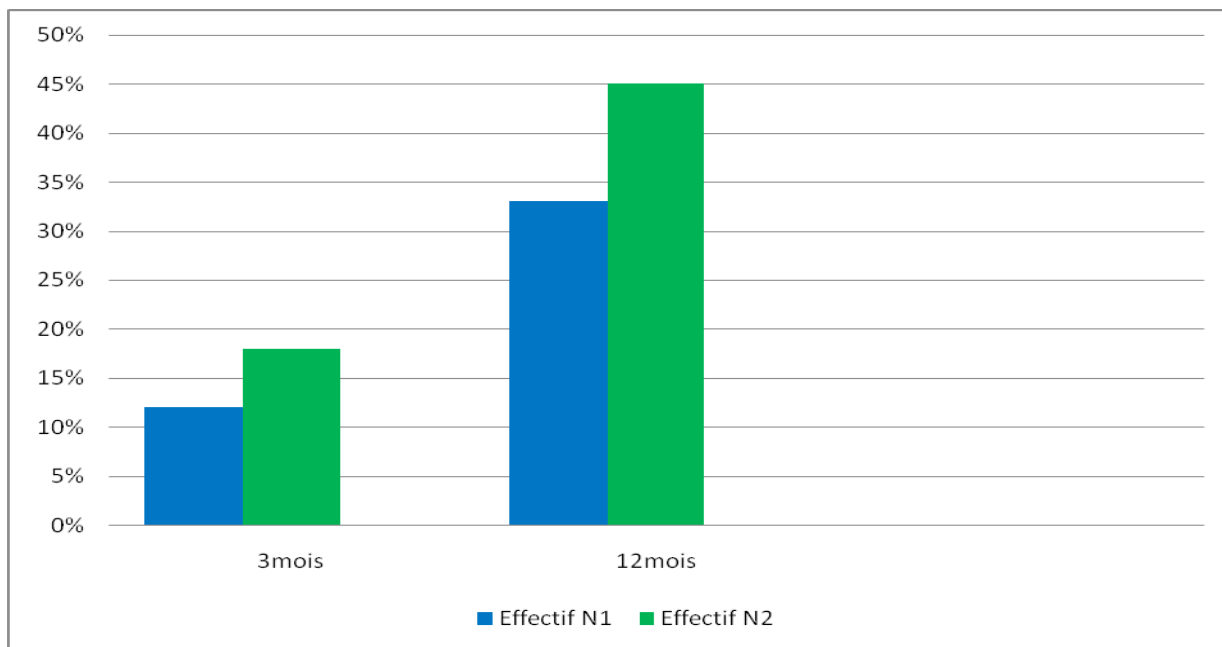


Figure 5: Répartition des aides familiales selon leurs relations sexuelles au cours des douze et trois derniers mois.

33% et 12% des aides familiales de l'APAFA ont eu respectivement des relations sexuelles au cours des douze et trois derniers mois ; 45% et 18% des aides issues des ménages ont eu des relations sexuelles dans le même ordre.

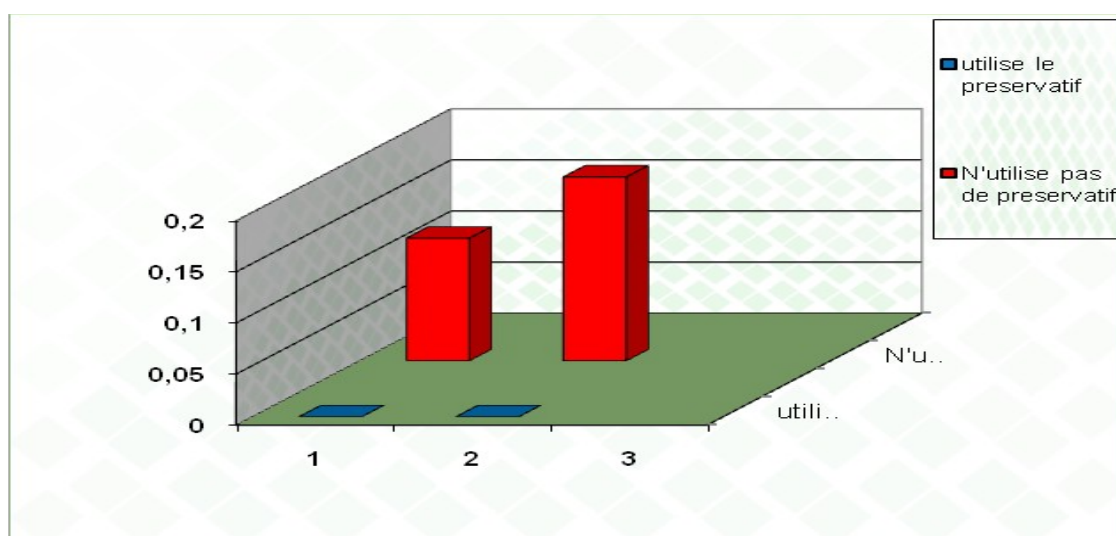


Figure 6: Répartition des aides familiales selon l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel.

Aucune aide familiale n'avait utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel.

Tableau XIX: Répartition des aides familiales selon les causes de non utilisation du préservatif lors du dernier rapport

Causes de non utilisation préservatif	AF APAFE N1=100	AF MENAGE N2=100	du
Objection du partenaire	1%	3%	
N'y a pas pensé	4%	1%	
Peur d'être mal jugé	7%	14%	

La cause la plus évoquée de non utilisation de préservatif était la peur d'être mal jugé.

5. DEPISTAGE DU VIH

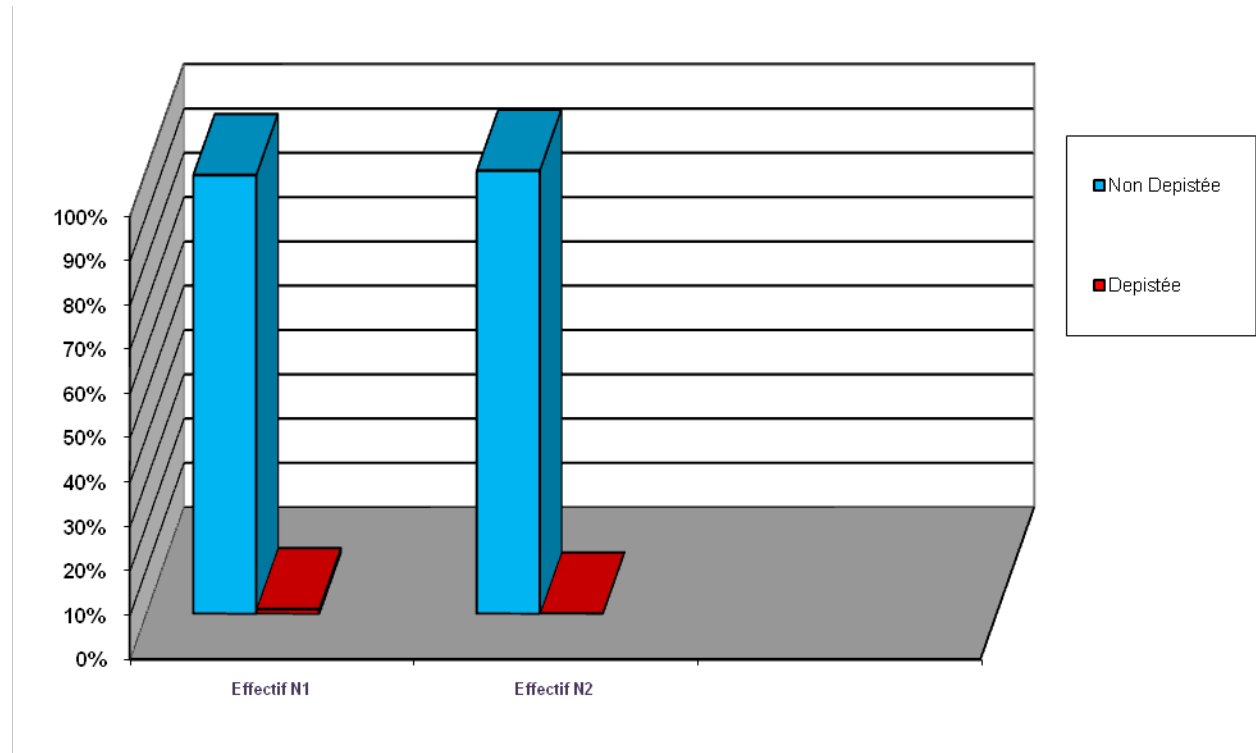


Figure 7: Répartition selon la faisabilité du test de dépistage du VIH

Seulement 1% des aides de l'APAPE a fait son test de dépistage du VIH.

CONNAISSANCE ET UTILISATION DES METHODES CONTRACEPTIVES

Tableau XX: Répartition des aides familiales selon la connaissance des méthodes contraceptives

Méthodes contraceptives connues	AF APAPE N1=100	AF MENAGE N2=100
Pilule	100%	70%
Injections	90%	40%
Préservatif masculin	17%	10%
Méthodes traditionnelles	0%	2%
Collier	5%	0%

Les plus connues sont les pilules et la forme injectable

Tableau XXI: Répartition des aides familiales selon la connaissance des conséquences liées à l'avortement

Conséquences liées à l'avortement	AF APAFE N1=100	AF MENAGE N2=100
IST	88%	26%
Stérilité	60%	12%
Décès	35%	35%
Hémorragie	10%	5%

Les IST sont les plus citées comme principale conséquence liée à l'avortement.

Commentaires et discussion

VI Commentaires :

1. Sur la méthodologie :

Notre étude transversale s'est déroulée au centre d'appui à la promotion d'aide familiale et enfance en commune V du district de Bamako sur l'étude des connaissances, attitudes et pratiques des aides familiales sur les IST, le VIH, le SIDA et la contraception.

Les données ont été saisies sur le logiciel Micro soft Word et analysées par Epi-info version6.

L'échantillonnage a été fait en deux étapes.

La première étape s'est déroulée dans les centres d'alphabétisation de l'APAFE.

Nous avons tiré au hasard trois(3) communes parmi les communes I, IV, V, VI du district de Bamako où sont situés les centres d'alphabétisation de l'APAFE : I, IV, et V.

La deuxième étape s'est déroulée au sein des mêmes communes.

Nous avons tiré au hasard quatre quartiers au sein de chacune des trois communes tirés au sort soit au total douze quartiers.

Les difficultés sur le terrain étaient liées surtout à l'idée que les aides familiales se font sur la question de sexualité qui, jusque-là, reste un sujet tabou dans nos sociétés. Il y a aussi leur manque de disponibilité lié à leur profession.

2. Sur le profil des sujets enquêtés :

Sur les 200 sujets enquêtés dans notre étude, cent (100) étaient des aides issues de l'APAFE et cent(100) aides non exposées par le programme APAFE. Sur les cent aides familiales issues de l'APAFE et les cent aides non issues de l'APAFE, la tranche d'âge la plus représentée se situait dans une fourchette de 20ans et plus alors que Mamadou Haïdara avait eu de 18 à 21 ans comme la tranche d'âge la plus représentée dans son étude sur un échantillon de 111 aides domestiques et 48 vendeurs ambulants.[2]

Les 100% des aides familiales étaient non scolarisées dans notre étude contre 84,1% des aides domestiques non scolarisées évoquées par Mamadou Haïdara.

Soixante pour-cent (60%) de nos aides issues de l'APAFE et 46% non issues de l'APAFE étaient célibataires comparées à celui de Mamadou Haïdara qui n'avait eu que 54,1% de célibataires dans son étude.

Quatre-vingt onze pour-cent (91%) des aides issues de l'APAFE ont fait un aller et retour sur Bamako comparées aux 74% des aides non exposées par le programme de l'APAFE ayant fait également un aller et retour sur Bamako.

3. Sur l'audience de l'APAFE :

Quatre-vingt huit pour-cent (88%) des aides familiales issues de l'APAFE ont fait plus de trois mois de cours d'alphabétisation contre 12% des aides ayant subi 1 à 3 mois de cours.

Sur les 100% des effectifs ayant entendu parler du programme APAFE, 99% ont reçu leurs informations à travers les personnels de l'APAFE et 98% des informations proviennent des animateurs.

Comme activités connues, les plus évoquées par les aides sont respectivement le conseil, soit 100% ; les causeries-débats avec 84%; les visites à domicile et les soins en cas de maladie représentent chacun 78%. Parmi les activités de sensibilisation menées à l'APAFE, les moyens de prévention (98%) et de transmission des IST et VIH (94%) et les méthodes contraceptives avec 93% sont les plus évoqués par les aides familiales.

Toutes les cent filles enquêtées connaissent le centre APAFE. Parmi elles, 65% le fréquentent et la raison de fréquentation la plus évoquée était pour ces filles de demander des conseils et 22% des aides familiales fréquentaient l'APAFE pour assistance.

4. Connaissance en matière des IST, VIH et Sida

Par rapport aux IST autre que le VIH, les aides familiales issues de l'APAFE qui avaient entendu parler des infections sexuellement transmissibles étaient de 88% comparées aux 26% des aides familiales non exposées par le programme APAFE. Les plus citées sont respectivement la gonococcie, la syphilis, le chancre mou.

Les signes reconnaissant une IST pour ces aides familiales étaient les écoulements urétraux et /ou vaginaux avec 88% pour les aides familiales issues de l'APAFE et 51% pour celles non exposées par l'APAFE.

En matière des signes d'IST contractés au cours des 12 derniers mois, les aides familiales enquêtées dans les ménages étaient les plus atteintes avec 64% contre 62% des aides enquêtées à l'APAFE. Les résultats de ISBS 2006 au Mali sur la population générale font ressortir que les groupes étudiés comme en 2000, à savoir les professionnels de sexe, les vendeuses ambulantes, les routiers, les coxeurs et les aides familiales demeurent, qu'en dehors de la prévalence du gonocoque chez les professionnels de sexe, qui était de 3,3%, tous les autres groupes cibles avaient une prévalence autour de 1%. Les prévalences de chlamydia étaient toutes au-delà de 3% à l'exception des aides familiales 2,9%. [4]

L'ensemble des aides familiales consultées avaient entendu parler de sida et les voies de contamination les plus citées étaient respectivement la voie sexuelle, sanguine et la transmission verticale représentée en terme de pourcentage par 77% pour les aides familiales interrogées à l'APAFE et 29% pour les aides familiales reçues dans les ménages ; M Haidara avait trouvé dans son étude que 53,12% des aides domestiques [2] avaient évoqué la transmission mère-enfant.

Cependant, certaines aides familiales pensaient qu'il existait d'autres voies de contaminations telles qu'en partageant la même toilette, les piqûres de moustiques qui étaient les plus évoquées par nos deux cohortes soit 49% des aides familiales enquêtées dans les ménages comparé aux 15% des aides familiales encadrées à l'APAFE.

Par ailleurs, la majorité des aides familiales avaient une connaissance des principaux moyens de protections contre les IST, le VIH et le sida que sont l'abstinence, l'utilisation de préservatif, la fidélité et l'évitement du partage des objets tranchants souillés de sang pendant leur séjour en zone urbaine.

Ces résultats nous permettent d'affirmer que le centre d'appui à la promotion d'aides familiales et enfance a une influence avérée sur les filles migrantes en matière d'information, de connaissance des moyens de prévention de la transmission des IST, le VIH et le sida.

5. Comportements sexuels et utilisation de préservatifs :

La majorité des aides familiales enquêtées avaient eu au moins un rapport sexuel soit 67% des aides familiales interrogées à l'APAFE contre 71% des aides familiales enquêtées dans les ménages.

Parmi celles qui avaient eu de rapport sexuel, la majorité avaient eu leur premier rapport sexuel à 16ans et plus.

Au cours des douze(12) derniers mois, 45% des aides non encadrées par l'APAFE avaient eu de rapport sexuel comparé aux 33% des aides familiales issues de l'APAFE.

Au cours des trois derniers mois, 12% des aides suivies par l'APAFE avaient également eu de rapport sexuel contre 18% des aides familiales interrogées au sein des ménages.

Aucune des aides familiales enquêtées n'avaient utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel. En effet, la cause la plus évoquée par ces femmes était la peur d'être mal jugées. ISBS avait observé dans son étude un léger accroissement de l'usage du condom lors de la dernière relation sexuelle des aides familiales avec les copains entre 2000(11,1%) et 2003(16,3%) ; la situation est restée stable en 2006 avec 15,7% [4].

Ces résultats de notre étude révèlent les comportements à risque pouvant occasionner la fréquence élevée d'infection sexuellement transmissible en occurrence la non utilisation du préservatif.

Les conditions culturelles et sociales exposent les aides familiales au risque d'infection par les IST/VIH en occurrence l'urbanisation et l'exode.

6. DEPISTAGE DU VIH:

Seulement 1% des aides familiales interviewées à l'APAFE avait fait son test de dépistage volontaire au centre de transfusion sanguine et a affirmé avoir reçu des conseils à la prise de sang en laboratoire et à la remise du résultat. Selon l'étude de l'ISBS, les taux de dépistage du VIH restent très faibles pour ce groupe sur l'ensemble des trois mesures, soit 0,4% en 2000 et 2003 et 1,7% en 2006 [4].

La plupart des aides familiales n'avaient pas évoqué de cause pour laquelle elles n'avaient pas été se faire dépister.

7. Connaissance et utilisation de méthodes contraceptives

Les données indiquent que toutes les aides interviewées avaient entendu parler des méthodes contraceptives. Les méthodes les plus connues étaient pour les aides familiales interrogées à L'APAFE respectivement la pilule (100%), les injectables (90%) ; comparées à celles évoquées par les aides familiales enquêtées dans les ménages qui avaient également évoqué la pilule (70%) et les injections (40%). Berthé Bréhima avait eu dans son étude, menée au lycée Askia Mohamed que le préservatif et la pilule étaient les méthodes contraceptives les plus citées. [13] Aucune méthode contraceptive n'avait été utilisée par les aides familiales dans notre étude.

En matière de connaissance des conséquences liées à l'avortement, les IST étaient les plus citées avec 88% par les aides familiales issues de l'APAFE et 26% pour les enquêtées de ménages. Ce qui indique encore une fois l'apport du centre d'étude et d'orientation pour les aides familiales durant leur séjour à Bamako. __

Conclusion

VII CONCLUSION :

Notre étude a permis d'examiner les comportements sexuels à risque pour les infections sexuellement transmissibles, le VIH et le sida, en occurrence la non utilisation du préservatif, observés constituent une indication du risque majeur que courent les aides familiales de contracter plus facilement les IST et le VIH.

L'ensemble des aides familiales avaient entendu parler des IST, du VIH, du sida et de la contraception.

Cependant, les aides familiales inscrites au centre d'appui à la promotion d'aide familiale et enfance connaissaient mieux les IST, tant sur ses moyens de prévention, de contamination que sur les conséquences de l'avortement pour les aides familiales recrutées dans les ménages.

Ce qui indique de façon formelle l'influence positive de L'APAFE dans l'éducation des filles migrantes en matière d'IST et de VIH.

RECOMMENDATIONS

VIII RECOMMANDATIONS :

Aux Autorités Sanitaires et Politiques :

- Initier des interventions visant à apprendre aux filles à reconnaître les signes des infections sexuellement transmissibles.
- Aider à renforcer les capacités de la structure de l'APAFE muso danbe en ressources humaines, en équipements et logistiques.
- Encourager les filles migrantes à utiliser les services d'IST des centres de santé pour tout traitement dès l'apparition des premiers symptômes.

A l'APAFE :

- Renforcer la communication <<animateur-aides familiales>> pour le changement de comportement dans ce groupe à risque intermédiaire.
- Encourager les aides familiales sur la nécessité de l'utilisation du préservatif dès le début de l'activité sexuelle et ce quelle que soit la situation.
- Renforcer la formation du personnel.

Aux aides familiales :

- Fréquenter l'APAFE afin de bénéficier de ses programmes d'information, d'éducation et de communication destinés à un changement de comportement et attitudes.
- Faire le dépistage des IST, du VIH et du sida.

REFERENCES

IX. REFFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- 1- Michael W. Adler « ABC du Sida » BMJ Publishing Group, Londre1996, 203P : 9-14
- 2- Haïdara Mamadou « Connaissances attitudes et pratiques comportementales liées au VIH/SIDA chez les aidants sociaux dans le District de Bamako, le capital expérimental de l'exode rural dans la prévention des IST et VIH/SIDA » Th : Médecine Bamako, 2007- 104 P 255 : 14-87 ;
- 3- Support Pédagogique des animateurs de l'APAFE MD;P 21:6 -17
- 4- Enquête intégrée sur la prévalence des IST/VIH et des comportements en matière d'IST(ISBS) en anglais Integrated STI/VIH and Behavioral Surveillance, 157P : XI-XIII ;
- 5- Enquête démographique et de santé du Mali 2006;P410: 26-30
- 6- WWW.yahoo encyclopédie.fr/sida ; 06-08-10 ;17h
- 7- WWW.who.Int;12-08-10;18h
- 8- François Aubert/Philippe Guittard : l'essentiel Médical de poche, deuxième édition. P116 :12-54
- 9- Acquired immunodeficiency syndrome in back Aricans Lancet 1983; 813P: 642.
- 10- Florence Lot Epidémiologie : situation actuelle et tendances In: P.-M. Girard, Ch. Katlama, G. Pialoux. VIH edition 2004, 302P: 46.
- 11- M. Rosenheim et A. Itoua NGaporo Sida et infection à VIH ; Aspects en zone tropicale Paris : Med. Tropicale, ed Ellipses, Aupelf, 843P :113
- 12-Approche épidémiologique du planning familial au centre de santé de la commune VI du district de Bamako, université du Mali, FMPOS, 1999.P68 :1-2

- 13- Berthe (Brehima Boly) <<Connaissances attitudes et pratique des adolescents du LYCEE ASKIA MOHAMED en matière de planification, de maladie sexuellement transmissible et du VIH SIDA>>.thèse : Médecine FMPOS en 2000,102P:74
- 14-OMS (1996) tuberculose et VIH, Manuel Clinique, P149 : 27-28
- 15-CAG en collaboration avec PSI/MALI département santé maternelle et infantile/PSI 2007, P30 :22
- 16-François Aubert /Philippe Guittard : l'essentiel Médical de poche, deuxième édition, 98P :48
- 17-ONU SIDA .le point sur l'épidémie du sida. Genève (suisse) 2005 138P : 5
- 18-OMS/ONU SIDA.
Rapport annuel sur le VIH/SIDA 2008,108P : 3-7

ANNEXES

X. Annexes:

Questionnaire confidentiel

**Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques des aides familiales sur les IST, le
VIH / Sida et la contraception**

Section 0 :

Numéro du questionnaire.....

Date de l'enquête jour..... / Mois..... Année 2010 Commune.....

Nom du centre.....Heure de début :..... /.....

Section 1 : caractéristiques socio-démographiques des enquêtes

1. Sexe de l'enquêté : Masculin..... Féminin.....

2. En quel mois et en quelle année êtes-vous nés(e) : Mois..... /Année.....
Ne connaît pas.....

3. Quel âge avez-vous ?ans Ne connaît.....

4. Quel est votre état matrimonial actuel ? Célibataire..... ;

Marié/e (monogame).....

Marié/e (polygame)... Divorcé (e), séparé(e) ; Veuve/veuf.....

5. Combien d'enfants avez-vous actuellement ? (vos propres enfants)

Nombres d'enfants..... Refuse de répondre.....

6. Quelle est votre ethnie (ou nationalité pour les étrangers) _____

7. Quel est votre lieu de provenance ? _____

8. Quel est le nombre de votre séjour à Bamako ?

9. Quelle est la durée de la dernière visite à Bamako ?.....

10. Quel est votre lieu de séjour a Bamako ?

11. Avez-vous autre lieu de séjour différent de Bamako (périurbain)? _____

12. Quel est votre niveau d'instruction ? Scolarisé(e).....

Non scolarisé(e).....

13. Avez-vous l'habitude de discuter avec vos parents de la sexualité ?

Souvent..... Parfois..... Jamais.....

14. Avez-vous l'habitude d'écouter la radio ?

Souvent..... Parfois..... Jamais.....

15. Quelle est votre radio préféré ? _____

16. Quelles sont vos émissions préférées ?

Santé..... Sport..... Journal..... Musique..... ;
Emissions religieuses..... Autre (préciser).....

17. Avez-vous l'habitude de regarder la télévision ?

Souvent..... Parfois..... Jamais.....

Section2 : Audience de l'APAFE Muso Danbe et exposition aux activités du programme.

18. Depuis combien de temps étudiez-vous dans cet établissement ?.....

19. Avez-vous déjà entendu parler du programme de l'APAFE ? Oui Non

.....

20. Depuis combien d'années avez-vous entendu parler du programme de l'APAFE ?

21. Par quelle source l'avez-vous entendu ?

Personnel de l'APAFE..... Radio..... Ami (e).....
Animateurs..... Autre.....

22. Quelles sont les activités/services du programme de l'APAFE que vous connaissez ?

Projection de films..... Causeries-débats/conférence..... Visites à
domicile..... ; Distribution de préservatifs..... Conseil..... Dépistage
volontaire du VIH..... ; Distribution de contraceptifs..... Soins/consultation.....
Autre à préciser.....

23. Connaissez-vous certains pairs éducateurs du programme de l'APAFE qui mènent des activités dans votre/établissement ?

Oui Non

24. Pouvez-vous citer quelques activités menées par ces Animateurs dans votre établissement ?

Causerie-débat..... Conférence.....
Projection de films..... Autre

25. Au cours des six derniers mois, avez-vous assisté aux activités des Animateurs ?

Oui..... Non

26. Combien de fois avez-vous assisté à ces activités ? _____

27. Qu'est ce que vous avez retenu de ces activités de sensibilisation ?

Modes de transmission des IST/VIH..... Moyen de prévention des
IST/VIH..... ; Les méthodes contraceptives..... Conséquence des grossesses

non désirées..... ; Le port de préservatifs lors des rapports.....
L'abstinence avant le mariage.....

Fidélité.....

Conséquence du multi partenariat..... ; Autre

28. Comment appréciez-vous les thèmes abordés lors de ces activités de sensibilisation ?

Intéressants..... Instructifs.....

Gênants.....

Ennuyeux..... Autre

29. Connaissez-vous le centre APAFE ?

Oui Non

30. Si oui, fréquentez-vous ce centre ? Oui Non

31. Depuis combien de temps fréquentez-vous le centre ?.....

32. Pour quelle raison fréquentez-vous le centre ?

Assistance..... Demander conseil.....

Dépistage volontaire du VIH..... Autre à préciser.....

Section 3 : Connaissances des IST et VIH /SIDA

33. Avez-vous déjà entendu parler des infections ou maladies sexuellement transmissibles autre que le VIH/SIDA ?

Oui..... Non.....

34. Pouvez –vous citer quelques unes de ces infections/maladies ? Citer=1 Non Citer=0

.Gonococcie..... Syphilis..... Chancre mou.....

.Mycoplasme..... Chlamydiae.....

Herpès.....

35. Par quel signe peut-on reconnaître une IST (autre que le SIDA) chez un homme comme chez la femme ? Citer=1 Non Citer=0

.Démangeaisons..... Douleur abdominale basse.....

.Ecoulement urétrale/vaginale/pu/Boutons/plaies sur le sexe.....

36. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des signes d'IST (couleur, odeur, plaie sur le Brûlure/picotements sexe, démangeaisons, picotement/brûlure)

Oui.....

Non.....

37. Avez-vous déjà entendu parler du VIH/SIDA ?

Oui.....

Non.....

38. De quelle (s) personne (s) ou source(s) d'informations avez-vous entendu parler du SIDA ? Citée=1 Non Citée=0

Radio Télévision..... Agent socio-sanitaire.....

Animateurs..... Chef religieux.....

Amis/parents.....

Affiches publicitaires..... Autre (préciser) _____

39. Selon vous, comment peut-on attraper le VIH/SIDA ? Citée=1 Non Citée=0

Voie sexuelle..... Voie sanguine.....

De la mère à l'enfant pendant la grossesse.....Piqûres de moustiques.....

En s'embrassant..... En partageant le repas.....

En mangeant dans la même tasse qu'une PVVIH.....

En partageant la même toilette

Autre (préciser) _____ Ne sait pas.....

40. Selon vous, que peut-on faire pour ne pas attraper le VIH/SIDA ? Citée=1 Non Citée=0

S'abstenir de rapports sexuels..... Avoir un seul partenaire sexuel.....

Utiliser le préservatif..... Eviter les transfusions sanguines.....

Eviter les injections Eviter de s'embrasser.....

Eviter les piqûres de moustiques..... Eviter les objets Tranchants souillés de Sang.....

Autre (préciser) _____ Ne sait pas.....

41. Quelle serait votre principale réaction si vous appreniez que votre petit(e) amie (e) est séropositive/séropositif ?

Aller faire mon test Me suicider.....

Pleurer.....

Le (la) quitter..... L'assister.....

Autre à préciser.....

Section 4 : COMPORTEMENTS SEXUELS ET UTILISATION DE PRESERVATIFS.

42. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ? Oui.....

Non.....

43. Si non, quelles sont les raisons qui vous motivent à ne pas encore commencer les rapports ? _____

44. En quelle année avez-vous eu votre premier rapport sexuel ? Inscire le mois et l'année

Moi Année.....

45. A quel âge avez-vous eu votre premier rapport ?

Inscrire l'âge en année.....

Refus de répondre.....

46. Avez-vous eu des relations sexuelles au cours des douze (12) derniers mois ?

Oui
répondre.....

Non.....

Refus de

47. Avez-vous eu des relations sexuelles au cours des trois (3) derniers mois ?

Oui.....
réponse.....

Non.....

Refus de

48. Quel était le nombre de vos partenaires sexuels (les) au cours des 3 derniers mois ?

Nombre de partenaires_____

49. Avez-vous eu des relations sexuelles au cours des 3 derniers mois avec un(e) partenaire occasionnel (les) ?

OUI..... NON..... Refus de réponse.....

50. avez-vous eu des relations sexuelles au cours des trois derniers mois contre votre gré (en échange contre un cadeau de l'argent, viol, inceste ou sous l'effet d'une substance) ?

Oui..... Non..... Refus de répondre.....

51. Avez-vous utilisé un préservatif (condom) lors de votre dernier rapport sexuel ?

Oui..... Non.....

52. Pourquoi avez-vous utilisé un condom pour ce dernier rapport sexuel ?

Citée=1 non citée=0

Prévenir les IST..... Prévenir le VIH/SI Exigé par le partenaire.....

Evite une grossesse..... Autre (préciser).....

53. Pourquoi n'avez-vous pas utilisé de préservatif lors du dernier rapport sexuel ?

Citée=1 non=0

Pas de préservatif disponible..... Préservatif trop cher.....

Objection du partenaire..... Diminue le plaisir.....N'aime pas le préservatif.....

A utiliser un autre contraceptif..... A juger le préservatif inutile....

Inefficace..... N'y a pas pensé..... Religion s'y oppose.....

Mauvais pour la santé... Peur d'être mal jugé..... Autre (préciser).....

54. Au cours des trois (3) derniers mois, avez-vous utilisé systématiquement un préservatif lors de vos différents rapports sexuels ?

Oui..... Non.....

55. Au cours des douze(12) derniers mois, avez-vous utilisé systématiquement un préservatif lors de vos différents rapports sexuels

Oui..... Non.....

Section 5:dépistage du VIH

56. Avez-vous déjà fait un test de dépistage du VIH ? (je ne cherche pas à connaître le résultat)

Oui..... Non..... Refus de répondre.....

57. Si non, pourquoi ?

Manque d'argent/de moyen..... Test trop cher..... Fidélité réciproque/sages....

Impossible d'avoir le sida/sur de moi-même.....Pas malade..... Peur.....

Après le mariage..... Pas besoin/pas en union/jamais penser.....

Ne connaît pas le lieu..... Sans raison..... Sans décision.....

Pas encore âgé(e)..... N'a jamais de rapports sexuels..... Autre.....
RAS.....

58. Ce test de dépistage du VIH était-il volontaire ou vous étiez obligé par un ami(e), un parent ?

Volontaire..... Obligatoire..... Refus de répondre.....

59. Avez-vous eu le résultat du test ? (je ne veux pas connaître le résultat du test)

Oui..... Non..... Refus de
répondre.....

60. Il y'a combien de mois que vous avez fait votre dernier test de dépistage du VIH ?

Mois..... Ne se rappelle pas.....

61. Où avez-vous fait le test ?

Hôpital..... Centre de transfusion sanguine.....

CVD.....

62. Avez-vous reçu de conseils avant la prise de sang en laboratoire et la remise du résultat ?

Oui, avant la prise de sang seulement..... Oui, à la remise du résultat seulement.....
Oui, aux deux niveaux..... Non

**Section6 : CONNAISSANCES ET UTILISATION DES METHODES
CONTRACEPTIVES (A POSER UNIQUEMENT AUX FILLES)**

63. Avez-vous déjà entendu parler des méthodes contraceptives (méthodes qu'on utilise pour ne pas tomber enceinte) ?

Oui..... Non.....

64. Quelles sont les méthodes contraceptives que vous connaissez ? Citée=1 Non citée=0

Stérilisation féminine..... Stérilisation masculine..... Pilule..... Pilule du
lendemain.....

DIU..... Injections..... Implants..... Préservatif masculin..... Condom
féminin.....

Diaphragme..... Comprimé/mousse/gelée..... Mama..... Contenance
périodique.....

Retrait..... Méthodes traditionnelles..... Collier..... Autre.....

65. Avez-vous une fois utilisé une de ces méthodes ?

Oui..... Non.....

66. Si oui laquelle (s)

Stérilisation féminine..... Stérilisation masculine.... Pilule.....

Pilule du lendemain..... DIU..... Injections..... Implants.....

Condom..... Diaphragme..... Comprimé/mousse/gelée.... Mama.....

Contenance périodique..... Retrait..... Méthodes traditionnelles.....

Collier..... Autre-----

**67. Quelle (s) est (sont) la (les) méthode (s) contraceptives (s) que vous utilisez
actuellement ?**

Stérilisation féminine..... Stérilisation masculine..... Pilule.....

Pilule du lendemain..... DIU..... Injections..... Implants.....

Préservatif masculin..... Condom féminin..... Diaphragme.....

Comprimé/mousse/gelée..... Mama..... Contenance périodique.....

Retrait..... Méthodes traditionnelles..... Collier.....
Autre _____

68. Pourquoi avez-vous préféré cette méthode ?

Conseil d'une amie..... Conseil d'un méd. /sage femme/ pharmacien.....
Conseil des parents..... Moins chère..... Autre à préciser _____

69. Où avez-vous obtenu la méthode que vous utilisez actuellement ?

CSCCom..... CSCRéf..... Clinique privée.....
Pharmacie..... Vendeur ambulant..... Autre _____

70. Avez-vous été informée des effets secondaires qui pourraient survenir avec l'utilisation de cette (ces) méthode (s) ?

Oui..... Non.....

71. Vous est-il arrivé de tomber enceinte malgré l'utilisation d'une méthode contraceptive ?

Oui..... Non.....

72. Si oui comment avez-vous géré cette grossesse ?

J'ai avorté..... J'ai gardé la grossesse.....

73. A qui avez-vous été adressée pour interrompre la grossesse ?

Ami (e)..... Médecin..... Infirmier (ère).....
Sage femme..... Pharmacien..... Vendeur ambulant.....
Guérisseur traditionnel.....

74. Etes-vous prêtes à recourir de nouveau à l'avortement s'il arrivait que vous tombiez enceinte involontairement ?

Oui..... Non.....

75. Connaissez-vous quelques conséquences liées à l'avortement ?

IST..... Cancer du col de l'utérus..... Stérilité.....
Décès..... Hémorragie..... Autre à préciser _____

NOUS SOMMES ARRIVÉS A LA FIN DE L'ENTRETIEN, MERCI

Fiche signalétique

Prénom : Seydou

Nom : Dama

Titre : connaissances, attitudes et pratiques des aides familiales sur les IST/VIH et la contraception.

Année académique : 2009-2010

Nationalité : Malienne

Ville de Soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt: Santé publique

Résumé

Notre étude avait comme objectif d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des aides familiales sur les infections sexuellement transmissibles, le VIH, le sida et la contraception. Elle a porté sur 100 filles recrutées au centre d'appui à la promotion d'aide familiale et enfance et sur 100 filles enquêtées dans les ménages. Cette étude a révélé les comportements sexuels à risque pour les IST, le VIH et le sida en occurrence la non utilisation du préservatif. Elle constitue une indication du risque majeur que courent les aides familiales de contracter plus facilement les IST et le VIH.

L'ensemble des aides familiales avaient entendu parler des IST, du VIH, du sida et de la contraception.

Cependant, les aides familiales inscrites à l'APAFE connaissaient mieux les IST en matières de prévention, de transmission mais aussi sur les conséquences de l'avortement que pour celles recrutées dans les ménages d'où l'apport des centres d'étude et d'orientation dans l'éducation sexuelle dans ce groupe intermédiaire. La prise en compte des résultats et recommandations de cette étude pourrait contribuer efficacement à la lutte contre les IST et le VIH.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure